



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS**

Trabajo Académico

Conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presentado por:

Autora: Valentin Luna, Anyolina Edith

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2665-5521>

Asesora: Mg. Barreda Paredes, Ruby Ines

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9612-008X>

Lima – Perú

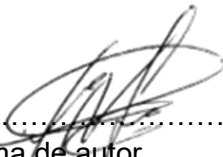
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo,.....Anyolina Edith Valentin Luna..... egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “**Conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025** Asesorado por el docente: **Mg. Barreda Paredes, Ruby Ines** DNI 07936275 ORCID... **Código ORCID: 0000-0009-9612-5521** tiene un índice de similitud de (13) (trece) % con código OID: : 14912:543529968..... verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:


1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado: Anyolina Edith Valentin Luna

DNI:10006576.....



Firma

Nombres y apellidos del Asesor: BARREDA PAREDES RUBY INES

DNI: ...07936275.....

Lima, ...16...de...enero... de...2026.....

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

El trabajo presenta un 6% de similitud en fuentes principales en la base de datos de trabajos entregados, superando el límite permitido del 4%. Este exceso se debe principalmente a elementos formales recurrentes como la estructura común del documento y fraseología propia de la especialidad. Además, incluye citas correctamente referenciada, cada una con un porcentaje individual inferior al 1%. Por lo tanto, el nivel de coincidencia no implica plagio, sino responde a la naturaleza metodológica y académica del contenido presentado.

DEDICATORIA

A mis familiares por brindarme la fortaleza para finalizar mis estudios de la Segunda especialidad.

AGRADECIMIENTO

A mi profesora, por compartir sus conocimientos y orientaciones durante la investigación. Al centro de salud, para brindarme la facilidad para concluir mi proyecto

JURADOS:

Presidente : Dr. Jose Gregorio Molina Torres
Secretario : Mg. Juan Esteban RojasTrujillo
Vocal : Dr. Rodolfo Amado Arevalo Marcos

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Jurados	v
Índice	vi
Resumen	xiii
Abstract	ix
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitación de la investigación	7
1.5.1. Temporal	7
1.5.2. Espacial	7
1.5.3. Población o unidad de análisis	7

2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	10
2.3. Formulación de hipótesis	21
2.3.1. Hipótesis general	21
2.3.2. Hipótesis específicas	22
3. METODOLOGÍA	23
3.1. Método de la investigación	23
3.2. Enfoque de la investigación	23
3.3. Tipo de investigación	24
3.4. Diseño de la investigación	24
3.5. Población, muestra y muestreo	25
3.6. Variables y operacionalización	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.7.1. Técnica	27
3.7.2. Descripción de instrumentos	27
3.7.3. Validación	28
3.7.4. Confiabilidad	29
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	32
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	33
4.1. Cronograma de actividades	33
4.2. Presupuesto	34
5. REFERENCIAS	35

Anexo 1: Matriz de consistencia	45
Anexo 2: Instrumentos	46
Anexo 3: Consentimiento informado	52
Anexo 4: Informe de originalidad	53

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia respiratoria representa una de las principales causas de ingreso a unidades de cuidados intensivos en el Perú. Su manejo requiere un conocimiento especializado por parte de los enfermeros, particularmente en el uso de ventilación mecánica invasiva. Estas prácticas, que son fundamentales para la estabilización del paciente, deben adaptarse continuamente a los avances tecnológicos y protocolos locales. **Objetivo:** determinar la relación entre el conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y prácticas de enfermero en ventilación mecánica invasiva en un hospital de del Perú, 2025. **Metodología:** Metodología hipotética- deductiva, enfoque cuantitativo, estudio aplicado, diseño no experimental, transeccional y correlacional. **Población:** se conformará por 80 enfermeras un hospital de Lima. Los conocimientos serán evaluados mediante un cuestionario y las practicas mediante una ficha de observación. La validez del instrumento 1, fue mediante juicio de experto obteniendo una V Aiken 0,91, para el instrumento 2, se obtuvo un valor 0,93. En cuanto a la confiabilidad del instrumento 1, el Kuder Richardson fue 0,77, mientras que para el instrumento 2 fue de 0,96. La técnica de recojo de data será la encuesta. Tratamiento de la información: se hará uso de un método descriptivo que abarcan porcentajes y frecuencias, la evaluación inferencial tomará como base su distribución de las variables a través una prueba paramétrica o no paramétrica (Chi-cuadrado).

Palabras clave: conocimiento, práctica, enfermería, ventilación mecánica

ABSTRACT

Introduction: Respiratory failure is one of the leading causes of admission to intensive care units in Peru. Its management requires specialized knowledge from nursing staff, particularly in the use of invasive mechanical ventilation. These practices, which are essential for patient stabilization, must be continually adapted to technological advances and local protocols.

Objective: To determine the relationship between knowledge about the care of patients with respiratory failure and nursing practices in invasive mechanical ventilation in a Peruvian hospital, 2025. **Methodology:** Hypothetical-deductive methodology, quantitative approach, applied study, non-experimental design, cross-sectional and correlational. **Population:** The study will consist of 80 nurses from a hospital in Lima. Knowledge will be assessed using a questionnaire, and practice using an observation checklist. The validity of Instrument 1 was established through expert judgment, obtaining an Aiken V of 0.91; for Instrument 2, a value of 0.93 was obtained. Regarding the reliability of Instrument 1, the Kuder-Richardson coefficient was 0.77, while for Instrument 2 it was 0.96. The data collection technique will be a survey. Data processing and analysis: A descriptive method will be used, encompassing percentages and frequencies. The inferential evaluation will be based on the distribution of the variables through a parametric or non-parametric test (Chi-square).

Keywords: knowledge, practice, nursing, mechanical ventilation

1.EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En el contexto mundial, más de 100 millones de pacientes son ventilados anualmente, con aproximadamente 10 millones ventilados en unidades de cuidados intensivos (UCI). Se estima que aproximadamente un millón de pacientes desarrollan insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda, aunque los datos sobre la prevalencia exacta y los resultados de esta condición son escasos. Actualmente, el diagnóstico de insuficiencia respiratoria es difícil y se basa en las características del paciente, como antecedentes de una enfermedad predisponente, un inicio agudo, así como mediciones radiológicas y fisiológicas. A pesar de mejoras diagnósticas y tratamiento todavía se asocia con una mortalidad superior al 50% (1). De lo anterior, la insuficiencia respiratoria aguda es una causa común de ingreso a UCI y su prevalencia está aumentando. En las UCI de atención terciaria, se describen prevalencias crecientes de insuficiencia respiratoria, del 15 % hasta al 38 % (2).

El cuidado respiratorio es uno de los cuidados de enfermería más importantes en la UCI. Muchos estudios han indicado complicaciones causadas por un cuidado respiratorio inadecuado en la UCI. Las estadísticas publicadas sugieren que el 10% de los pacientes sometidos a cirugía general, el 20% de los pacientes con intubación endotraqueal y el 70% de aquellos con dificultad respiratoria aguda sufren neumonía durante su estancia en la UCI. Por otra parte, varios estudios han demostrado que las enfermeras con frecuencia no realizan dicha atención por varias razones, como desconocer los resultados positivos del uso del método estándar, la ausencia de instrucciones estándar, la baja proporción enfermera/paciente y la falta de supervisión, aunque conocen bien el cuidado respiratorio (3).

En el contexto mundial, un estudio realizado en Etiopía, una investigación evidenció que de las 146 enfermeras, el 71,4 % tenía una licenciatura en enfermería y el 57,5 % contaba con formación relacionada con la ventilación mecánica. Más de la mitad (51,4 %) de las enfermeras tenía conocimientos deficientes sobre la ventilación mecánica y la mayoría (58,9 %) tenía una práctica deficiente en cuidados ventilatorios (4). Otro estudio realizado en Pakistán, mostró que los conocimientos de la enfermeras que laboran en UCI mostró que el 37,5% tuvieron conocimientos deficientes y en cuanto a las prácticas el 60,8% fueron medias, evidenciando que no se llega a los niveles óptimos requeridos para el manejo de la pacientes de la UCI (5). En EE. UU, un estudio halló que el personal de enfermería reportó que rara vez o nunca hace monitoreo de las interacciones pacientes/ventilador 44,5% y la resolución de problemas de alarmas (rara vez/nunca: 48,9%), con niveles de confianza mínimos (29,1%), moderados (54,1%) y altos (14,5%). Por ello, se requiere incrementar los conocimientos y la confianza del especialista cuidados críticos en la prevención de la NAVM (6).

En el contexto latinoamericano, un estudio realizado en Ecuador, evidenció que el 63,7% de enfermeros de la UCI tuvieron conocimientos medios seguido de un 36,3% conocimientos altos. Respecto a las prácticas, la mayoría 81,8% tuvieron conocimientos medios, seguido de solo un 13,6% conocimiento alto (7). Otro estudio realizado en Paraguay, mostró que solo un 51% de enfermeras tuvieron conocimientos buenos sobre la prevención de neumonía asociado a ventilación mecánica, mientras que el 100% tuvieron prácticas adecuadas, esto evidencia una grave desconexión entre el saber y el hacer (8).

En el contexto nacional, una investigación en un hospital de Trujillo, evidenció que el 50% del personal tuvieron conocimientos medios, el 40% un nivel bajo y solo el 10% presenta un alto sobre de ventilación mecánica; el 50% del personal no cumple con las prácticas de ventilación mecánica (9). Otro estudio, realizado en un hospital de Lima, donde se encuestaron

62 enfermeros, se halló que el 56,5% de enfermeros tuvieron conocimientos regulares, seguido de un 32% nivel alto y 13,5% nivel bajo (10). Por otra parte, en Trujillo, un estudio halló que los niveles de conocimientos de los enfermeros sobre ventilación mecánica fue en su mayoría nivel medio 62.5%, con niveles bajos 25.6%; las prácticas fueron en su mayoría fueron adecuadas (65.7%) (11).

Lo anterior refleja que, en varios estudios se ha evidenciando que los estudiantes conocen la teoría pero al pasar a la práctica no siempre logran aplicarlo correctamente. Estas diferencias entre lo aprendido en clase y lo que se realiza con el paciente es la brecha que falta mejorar. Esta desconexión, reportada en contextos similares donde no se logra adherirse totalmente a las intervenciones a pesar de su reconocida efectividad, representa un riesgo elevado para la seguridad del paciente y puede traducirse en mayores tiempos de ventilación invasiva, estancias hospitalarias prolongadas y un aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes que se padecen con insuficiencia respiratoria en la UCI.

1.2. Formulación del problema

1.1.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025?

1.1.2 Problemas específicos

- ✓ ¿Cuál es la relación entre el cuidado directo y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre cuidado con el ventilador mecánico y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú?

- ✓ ¿Cuál es la relación entre cuidado de las complicaciones y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar la relación entre la dimensión cuidado directo y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú.
- ✓ Identificar la relación entre la dimensión cuidado con el ventilador mecánico y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú.
- ✓ Identificar la relación entre la dimensión cuidado de las complicaciones y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El estudio esta orientada a llenar el vacío de conocimiento al caracterizar de forma sistemática y específica los niveles de competencias teórico-prácticas de los enfermeros de la UCI. Al cuantificar ello, el estudio aportará una línea base que no solo identificará áreas de mejora, sino que también servirá como sustento teórico para el desarrollo de programas de formación continua y protocolos clínicos estándar.

La carencia de marcos teóricos consolidados que aborden integralmente esta problemática limita el desarrollo de intervenciones efectivas dirigidas a preservar el bienestar del cuidador. En respuesta a esta necesidad, el presente estudio se basa en teorías de enfermería fundamentales, específicamente en el Modelo de Patricia Benner, las cuales proporcionan un sustento conceptual para analizar cómo los profesionales de enfermería logran la experticia necesaria para su desempeño en la UCI

1.4.2 Metodológica

La investigación utilizará una metodología cuantitativa, aplicando instrumentos validados y confiables. En el plano estadístico, se aplicarán pruebas de correlación, ya sea paramétricas (Pearson) o no paramétrica (Spearman), de acuerdo con los hallazgos en la verificación de normalidad. El objetivo es identificar los niveles de vinculación existente entre los conocimientos y las prácticas en las enfermeras. Este enfoque permitirá evaluar no solo la magnitud del conocimiento, sino también su repercusión en las prácticas sobre el manejo de la ventilación mecánica, aportando fundamentos sólidos para futuras acciones dentro del campo de la enfermería de cuidados intensivos.

Esta investigación es de tipo aplicada, pues busca generar evidencia concreta para el diseño de intervenciones dirigidas a los cuidadores. Se emplea un diseño correlacional y transversal, ya que permite medir simultáneamente el nivel de sobrecarga y CV, así como analizar su relación en un momento específico, sin manipular variables, utilizando métodos estadísticos adecuados para cuantificar dicha asociación.

1.4.3 Práctica

Este estudio buscará el beneficio directo a tres grupos principales: a los enfermeros, al brindarles una evaluación objetiva de sus competencias que permitirá diseñar programas de formación continua específicos para mejorar su práctica clínica; a los pacientes críticos,

fortaleciendo la calidad de los cuidados recibidos y disminuyendo los riesgos de complicaciones en la UCI, lo que se traduce en menores tiempos de ventilación mecánica y estancias hospitalarias; y a la institución de salud, al proporcionar evidencia para optimizar protocolos, distribuir recursos de manera más eficiente y potencialmente reducir costos vinculados a complicaciones prevenibles.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El estudio se ejecutará durante el periodo comprendido entre agosto a diciembre 2025

1.5.2 Espacial

Tendrá lugar en la UCI de un hospital de Lima nivel III-1.

1.5.3 Población o unidad de análisis

La unidad de análisis serán las enfermeras de la UCI.

2. MARCO TEÓRICO

2. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Túquerres (12), en Ecuador, en 2022, en su estudio buscó “analizar la relación entre los conocimientos y prácticas de los enfermeros en la UCI sobre la prevención de neumonía asociado a la ventilación mecánica”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Se incluyeron 22 enfermeras, las herramientas utilizadas son un cuestionario y una ficha de chequeo. Se halló que 84% tuvieron conocimientos intermedios, seguido de 8% deficiente y 8% excelente. En cuanto a las prácticas, el 58% cumplieron y el 42% no cumplieron. Se concluyó que no hubo vínculo significativo entre el conocimiento y práctica $p > 0,05$.

Cabrera et al.(13), en Cuba, en 2024, en su estudio buscaron “analizar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo del paciente con insuficiencia respiratoria con ventilación mecánica invasiva”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Se trabajo con 62 enfermeros, se utilizó un cuestionario validado. La mayoría de enfermeros tuvieron conocimientos regulares con un 52.5%, seguido de buenos en 27,5% y un 20% malos. En cuanto a las dimensiones, en las alarmas ventilatorias, el 50,1% fue regular, en complicaciones de la ventilación mecánica, el 40,3% regular, en cuidados de enfermería el 48,4% fueron malos. Se concluyó que la mayoría de enfermeros tuvieron conocimientos regulares.

Pérez y col.(14), en México, en el 2024, en su estudio cuyo objetivo fue “analizar los conocimientos y habilidades del profesional de enfermería sobre la ventilación no invasiva”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Se trabajo con 71 enfermeros, se utilizaron dos cuestionarios validados. Los resultados evidenciaron que los enfermeros del sexo femenino, con especialidad y que laboran en un hospital privado obtuvieron mayores porcentajes 70% nivel

sobresaliente en sus conocimientos. De la misma forma, el 67,6% tuvieron niveles satisfactorios en los conocimientos y habilidades sobre ventilación no invasiva. Se concluyó que la mayoría tuvieron niveles sobresalientes de conocimientos y habilidades.

Kalyan y col.(15), en la India, en el 2024, en su estudio cuyo objetivo fue “evaluar los Conocimientos y prácticas de enfermeras de unidades de cuidados intensivos en relación con la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos seleccionadas de un centro de atención terciaria”. El enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental. Los instrumentos fueron un cuestionario y una escala tipo Likert. Se halló que, de las 108 enfermeras inscritas en el estudio, 75,9% tuvieron conocimientos regulares, 22,2% buenos y solo 1,8% fueron deficientes. El análisis de las prácticas mostró que 68 (94,4%) enfermeros tuvieron práctica regular y solo 4 (5,55%) buenas. Se concluyó que no se observó vínculo significativo conocimientos y las prácticas de los enfermeros de UCI.

Ziaudeen y col. (16), en India, en 2024, en su estudio cuyo objetivo fue “analizar los Conocimiento, actitud y prácticas de notificación de errores relacionados con el respirador entre profesionales de enfermería”. El enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental. Los instrumentos fueron un cuestionario y una escala tipo Likert. Los hallazgos demuestran una deficiencia en conocimiento sobre ventilación mecánica entre el personal de enfermería de la UCI, lo que posteriormente afecta sus actitudes y prácticas de notificación. Solo un pequeño porcentaje de enfermeras posee buenos conocimientos (13,2 %), actitud (7 %) y prácticas de notificación (5,4 %). Muchas enfermeras identificaron problemas con el rendimiento del ventilador, incluyendo fallos de componentes (17 %), problemas de diseño (14 %) y problemas con las alarmas (14 %). Concluyeron que existe vínculo con significancia entre el conocimiento

y la experiencia del personal ($p < 0,05$) y la actitud ($p < 0,001$). Las prácticas de notificación se ven influenciadas por las actitudes del personal (moderado, $p < 0,001$; bueno, $p < 0,001$).

2.1.2. A nivel nacional

Tejada et al.(17), en Chiclayo, en 2024, buscaron “analizar el vínculo entre Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre bioseguridad al cuidar a personas con ventilación mecánica invasiva”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Fueron seleccionados 40 enfermeras, las herramientas fueron un cuestionario y una ficha de recolección de datos. Los hallazgos evidenciaron que, el 72,5% tuvieron conocimiento regular, seguido de 27,5% alto. Respecto a las prácticas, el 57,5% lograron niveles altos. Concluyeron que hubo una asociación con niveles significativos entre el conocimiento y la práctica $p=0,006$.

Gutierrez (18), en Trujillo, en el 2024, en su estudio cuyo objetivo fue “analizar la relación entre Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre prevención de neumonía por ventilación mecánica en un hospital público de Trujillo”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Fueron incluidos 36 enfermeros de la UCI. Las herramientas fueron un cuestionario y una escala tipo Likert validados. Se halló que el 16.7% de la muestra tuvieron niveles de conocimientos altos; 33.3% niveles medios y un 50% niveles bajos. El 55.6% tuvieron prácticas adecuadas frente a un 44.4%. Concluyó que hubo vínculo con niveles significativos entre las variables de estudio ($p<0,05$).

Condori (19), en Arequipa, en 2024, en su estudio cuyo objetivo fue “analizar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente en ventilación mecánica del hospital regional Honorio Delgado”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Se incluyeron 26 enfermeras, las herramientas fueron un cuestionario y un check

list. Se halló que el 65,4% tuvieron conocimientos medios, seguido de un 34,6% con conocimientos bajos. En cuanto a las prácticas, el 57,7% fueron eficientes y el 42,3% deficientes. Concluyó que hubo un vínculo con significancia entre los conocimientos y las prácticas $p < 0,05$.

Gil et al.(20), en 2023, en Trujillo, en su estudio buscaron “analizar la relación entre Conocimientos y prácticas sobre medidas de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Trujillo” bajo un enfoque cuantitativo, alcance correlacional. Fueron incluídas 20 licenciados, se hizo uso de un cuestionario y check list. Se halló que, el 100% de enfermeras tuvieron conocimientos excelentes, mientras que un 100% tuvieron prácticas excelentes. Concluyeron que hubo una relación con niveles significativos entre las variables $p < 0,05$.

Carrión et al.(21), en 2022, en su estudio buscaron “analizar la relación entre los conocimientos y prácticas del cuidado de pacientes con ventilación mecánica en enfermeros de la UCI del hospital Regional”. El enfoque fue cuantitativo, diseño correlacional. Se incluyeron 20 enfermeros, los instrumentos fueron un cuestionario y una ficha de observación validados. Se halló que, el 55% de enfermeros tuvieron conocimientos medianos, seguidos de 40% conocimientos bajos y 5% conocimientos altos. En las prácticas, el 70% fueron correctas y el 30% incorrectas. Concluyeron que, no existe correlación con niveles significativos entre las variables ($p = 0,623$).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Insuficiencia respiratoria aguda

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es un cuadro muy grave para los pacientes, derivada de un deterioro de la función de la bomba muscular respiratoria o de una disfunción

pulmonar. La IRA es un campo complejo para los profesionales clínicos que trabajan tanto dentro como fuera de la UCI y de la unidad de cuidados intensivos respiratorios, ya que este síndrome multifactorial se vincula a elevadas tasas de muertes nosocomiales, a dilemas éticos en toma de decisiones respecto a la muerte y a un mayor consumo de recursos sanitarios (22).

La IRA, definida como la aparición aguda de dificultad respiratoria que requiere ventilación mecánica, representa entre el 25 % y el 40 % de los ingresos en la UCI. Los pacientes también desarrollan IRA mientras están en la UCI, de modo que hasta el 50 % al 60 % de los pacientes de la UCI pueden estar recibiendo ventilación mecánica en cualquier momento. Los pacientes con IRA tienen una estancia más prolongada en la UCI (mediana de 3 a 5 días) y en el hospital (mediana de 15 a 18 días) y una mayor tasa de mortalidad (30 % a 50 %) que los pacientes sin IRA (23).

Desde una perspectiva fisiopatológica, la IRA se caracteriza por hipoxemia, que puede presentarse junto con hipoventilación e hipercapnia debido a una insuficiencia de la bomba ventilatoria, o hiponormocapnia en el contexto de lesiones pulmonares directas o indirectas. El resultado es una incapacidad cardiorrespiratoria para mantener aportes óptimos de O₂ a los órganos vitales y eliminar CO₂, lo que contribuye al desequilibrio ácido-base. Si bien el oxígeno suplementario a veces es suficiente para superar estas anomalías, el aumento de las demandas ventilatorias puede requerir la intensificación de la asistencia respiratoria a un soporte respiratorio más avanzado (24).

La insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda es definida por la falla del sistema respiratorio para el mantenimiento del nivel de O₂ en sangre y preservar la función orgánica normal. Clínicamente, la saturación de oxígeno y la PaO₂ se utilizan como medidas sustitutivas para evaluar un nivel adecuado de oxígeno en sangre. Por lo tanto, la insuficiencia respiratoria hipoxémica se define por una PaO₂ < 60 mmHg o una SaO₂ < 88 % (25).

El manejo de la IRA puede requerir una estrategia terapéuticas escaladas basadas en la aplicación de una diversidad de intervenciones con ventilación y sin ventilación. La justificación para proporcionar dichas intervenciones artificiales es esencialmente para tener tiempo hasta que etiología se esclarezca y pueda revertirse la descompensación respiratoria, a la vez que evita o minimiza los posibles efectos lesivos pulmonares de las intervenciones terapéuticas, como el daño del pulmón inducido por el ventilador. En la ventilación no invasiva (VNI) se utiliza una interfaz dedicada, mientras que con la ventilación mecánica invasiva (VMI) la asistencia se proporciona a través de un tubo endotraqueal o una traqueotomía. Finalmente, la hipoxemia refractaria durante la VMI puede requerir estrategias integradas adicionales, como ventilación en decúbito prono, bloqueo neuromuscular e implementación de un “pulmón artificial” mediante oxigenación por membrana extracorpórea (26).

2.2.2 Ventilación mecánica

Ventilación mecánica

La ventilación mecánica invasiva consiste en la colocación de un tubo en la tráquea a través de la boca. El tubo endotraqueal se conecta a una máquina que suministra una cantidad preestablecida de oxígeno y un volumen de aire, junto con un número determinado de respiraciones por minuto. Estas se ajustan según los niveles de O₂ y CO₂ del paciente. Los pacientes con una enfermedad aguda que requieren ventilación mecánica invasiva deben ser monitorizados en una UCI (27).

La ventilación mecánica es un medio artificial de soporte respiratorio para asistir parcial o totalmente la respiración y el intercambio gaseoso. La ventilación mecánica puede administrarse de forma invasiva mediante un tubo endotraqueal o de traqueotomía, o de forma no invasiva mediante una mascarilla facial u otras interfaces. Las indicaciones más comunes para la ventilación mecánica invasiva en la UCI son la hipoxemia refractaria, la insuficiencia

ventilatoria, el shock con acidosis metabólica y el compromiso de la vía aérea debido a alteración del estado mental u obstrucción física. El objetivo principal de la VM en pacientes con IRA es mantener una ventilación alveolar y un contenido de oxígeno en sangre arterial adecuados, previniendo la acidosis respiratoria y la hipoxia (28).

Ventilador mecánico

La mecánica del ventilador se compone de las relaciones dinámicas de presión, volumen y flujo, que se muestran en la mayoría de los ventiladores como ondas de presión-tiempo y de flujo-tiempo. El análisis y la interpretación de estas ondas proporcionan abundante información para comprender la fisiopatología del paciente. Ajustar el ventilador en control de asistencia por volumen con un flujo inspiratorio constante (normalmente 60 L/min) permite estandarizar la onda de presión-tiempo y evaluar rápidamente la mecánica del sistema respiratorio (29).

Configuración del ventilador

Al iniciar la ventilación mecánica invasiva, el operador debe seleccionar cuidadosamente la configuración adecuada. En los modos de ventilación mecánica mandatoria continua, los modos iniciales más comunes, el operador debe establecer el volumen corriente (o presión), la frecuencia respiratoria, la PEEP y la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2). En los modos de ventilación mecánica controlados por volumen y de doble control, el volumen corriente objetivo se establece directamente, mientras que, en los modos controlados por presión, el nivel de presión de soporte debe ajustarse para alcanzar el volumen corriente deseado (30).

Volumen tidal

El objetivo de seleccionar un volumen corriente adecuado es garantizar una ventilación minuto alveolar adecuada, a la vez que se previenen lesiones causadas por el estrés y la tensión de volúmenes corrientes excesivos. En pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda, según los criterios de Berlín, los volúmenes corrientes de 6 ml/kg de peso

corporal previsto o menos ofrecen protección pulmonar y reducen la mortalidad, en comparación con volúmenes corrientes mayores(31).

2.2.3 Variable 1: conocimientos sobre el manejo de paciente con insuficiencia respiratoria aguda

Definición

Es definido como las habilidades para comprender la fisiopatología del intercambio gaseoso y las técnicas de soporte ventilatorio para brindar cuidados a los pacientes. Además, abarca las capacidades de interpretación de signos clínicos y parámetros de monitoreo para la identificación de deterioro respiratorio. También incluye el manejo competente de la ventilación mecánica, desde la programación inicial hasta el ajuste de parámetros(32).

Dimensiones

Cuidado directo: Los cuidados de enfermería pueden tener un gran impacto en la mejora de la eficiencia respiratoria y ventilatoria del paciente, así como en el aumento de las posibilidades de recuperación. Para detectar cambios en el estado respiratorio de forma temprana, se requiere periódicamente la oxigenación tisular del paciente. Evaluar los resultados de la gasometría arterial y los índices de perfusión de los órganos diana. Además, se requiere tener en cuenta que el cerebro es extremadamente sensible al aporte de O₂; una disminución del O₂ puede provocar una alteración del estado mental. Finalmente incluye estar alerta ante afecciones que puedan afectar el aporte de O₂, como fiebre alta, anemia, deterioro del gasto cardíaco, acidosis y sepsis (33).

Cuidado del ventilador mecánico: Los ventiladores mecánicos son sofisticados y requieren capacitación para garantizar resultados positivos y limitar los daños. Los cambios inadecuados en la configuración, la omisión de modificar las alarmas, la modificación de la configuración sin las órdenes pertinentes y la falta de comunicación de los cambios al equipo médico pueden resultar en resultados adversos para el paciente. Esta actividad tiene como

objetivo orientar a los profesionales de la salud para garantizar que todo el personal capacitado esté capacitado para configurar, instalar y realizar los ajustes adecuados de la ventilación mecánica. Un enfoque interprofesional con comunicación entre todos los miembros del equipo permitirá brindar la atención más segura y obtener los mejores resultados (34).

Cuidado de las complicaciones: el plan de cuidados de enfermería para evitar complicaciones debe priorizar las intervenciones dirigidas a optimizar la limpieza de las vías respiratorias. El objetivo es reducir la obstrucción de las vías respiratorias causada por secreciones que ocupan la luz de las vías respiratorias y, por lo tanto, prevenir infecciones del tracto respiratorio. La monitorización del intercambio gaseoso en enfermedades críticas a menudo amenaza la adecuación del suministro de O₂ o la excreción de CO₂. La insuficiencia del intercambio gaseoso puede amenazar la supervivencia en cuestión de minutos. La monitorización busca identificar la adecuación de la oxigenación y la ventilación, así como detectar el deterioro de forma temprana. Estrategias como la succión del tubo endotraqueal (TET) se utilizan para eliminar secreciones, reducir la colonización bacteriana y la tasa de formación de biopelículas administrar medicamentos y posicionar al paciente adecuadamente(35).

2.2.4 Variable 2: prácticas sobre ventilación mecánica

Definición

Las prácticas sobre ventilación mecánica se definen como el conjunto sistematizado de intervenciones a nivel cognitivo, técnico y humano por los profesionales de enfermería que garantizan un óptimo soporte ventilatorio para la preservación de la vida de los pacientes críticos, basados en la evidencia científica y protocolos estándar. Considerando que la

ventilación mecánica es un procedimiento capaz de tratar a muchos pacientes y salvar vidas, también se asocia a numerosas complicaciones. Esto refleja la necesidad de una atención de enfermería que requiere conocimientos, experiencia, habilidades, actitud, valores y buen juicio profesional. Esta atención debe ser estandarizada y específica para garantizar una atención segura al paciente y prevenir complicaciones en este tipo de pacientes (36).

Dimensiones

Antes de la práctica: es el conjunto de acciones y cuidados que los enfermeros realizan antes de la conexión de los pacientes al ventilador mecánico, que incluyen la preparación del equipamiento, los ambientes y del propio paciente. Además, abarca el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas, chequeo previo del buen funcionamiento del equipo ventilador, así como un análisis de los circuitos, humidificadores, así como la valoración hemodinámica del paciente. Finalmente, incluye la higiene y bioseguridad previa al procedimiento(37).

Durante la práctica: se refiere al conjunto de cuidados de los enfermeros mientras el paciente se encuentra en ventilación mecánica, orientado a mantener una ventilación eficaz, prevención de complicaciones, así como el monitoreo constante de las funciones vitales. Por otra parte, se requiere un estricto control de las alarmas, monitoreo de los patrones ventilatorios, posición del paciente, registro de la oxigenación(38).

Después de la práctica: hace referencia al conjunto de actividades de enfermería luego de la extubación del paciente, orientado a la rápida recuperación y adaptación respiratoria de los pacientes. Abarca monitoreo de la oxigenación, educar en técnicas de respiración para una buena adaptación, prevenir la aspiración y dar soporte emocional(39).

2.2.5 Teoría de enfermería

Teoría de Patricia Benner

La atención individualizada, que constituye la base de la filosofía holística, los valores y los códigos éticos de enfermería, incluye planificar y las prácticas de la atención de

enfermería según las características, necesidad, preferencia, experiencia, percepción del paciente, incorporándolo a este proceso. En este sentido, es importante que las enfermeras consideren factores como su condición clínica, su situación individual y sus preferencias para generar compromiso del paciente en la toma de decisiones. Las enfermeras tienen un rol importante. Las enfermeras noveles necesitan apoyo para implementar una atención individualizada al paciente, que se ve afectada por su experiencia clínica (40).

Bajo el modelo teórico de Patricia Benner se puede analizar desde la transición del novato al experto. Las enfermeras novatas, por ejemplo, seguirían protocolos de manera rígida mientras que los expertos, con base a sus intuiciones clínicas a través de años de experiencia, anticiparían complicaciones como un barotrauma o ajustarían la sedación según la sincronía del paciente con el ventilador, realizando la integración no solo habilidades técnicas, sino también un juicio clínico basado en experiencia y evidencia (41).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

- ✓ Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú, 2025.

- ✓ H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú, 2025.

2.3.2 Hipótesis específicas

- ✓ Hi₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidado directo y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú.
- ✓ Hi₂: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidado con el ventilador mecánico y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú.
- ✓ Hi₃: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidado de las complicaciones y las prácticas de enfermería en VMI en un hospital del Perú.

3. METODOLOGIA

3.1 Método de investigación

Será la metodología hipotética deductiva, es un enfoque científico que parte de hipótesis basadas en teorías para derivar predicciones comprobables empíricamente, en este caso, incorpora observaciones sistemáticas del fenómeno de conocimientos y cómo influye en las prácticas sobre ventilación mecánica, partiendo de una hipótesis de estudio (42).

3.2 Enfoque de la investigación

Será cuantitativo, porque facilita el análisis mediante la estadística para identificar patrones, correlaciones y diferencias significativas en una muestra representativa de enfermeras (43).

3.3 Tipo de investigación

Será de tipo aplicada, porque los hallazgos podrán ser aplicados en un contexto real. Además, busca resolver problemas concretos o la mejora de situaciones prácticas, haciendo uso de conocimientos científicos para desarrollar soluciones efectivas en contextos reales (44).

3.4 Diseño de investigación

El diseño del estudio será no experimental, porque toma como base la observación del fenómeno tal y como se muestra en entorno real para ser analizado, es decir, el investigador registra y analiza variables sin intervención o manipulación del entorno. Además, será de corte transversal, debido a que la recolección de data se ejecutará en un punto en el tiempo, momento único. Por último, de alcance correlacional, porque posibilitará determinar si hay una conexión entre las variables bajo investigación (45).

3.5 Población, muestra y muestreo

Población:

La investigación abarcará una población de 80 enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intensivos de un hospital del Perú, nivel III-1, durante el año 2025.

Criterios de inclusión

- Enfermeros que firman el consentimiento informado para su inclusión en el estudio.
- Enfermeros de la UCI con un tiempo mayor a 6 meses de labores
- Enfermeros que pertenecen servicio de UCI de forma fija.

Criterios de exclusión

- Enfermeros que se encuentren de vacaciones durante el estudio
- Enfermeros que se encuentren en calidad de rotante en la UCI
- Enfermeros que no cuentan con especialidad en UCI

Muestra: Será censal, por ello, englobará la misma cantidad de la población, 80 enfermeras que trabajan en la UCI.

Muestreo

El muestreo será por conveniencia, es decir, no hará uso de técnicas probabilísticas, se ejecutará con los participantes disponibles para la investigación, que son 80 enfermeras que laboran en la UCI.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Escala valorativa
V1 Conocimientos sobre el cuidado con insuficiencia respiratoria	habilidades para comprender la fisiopatología del intercambio gaseoso y las técnicas de soporte ventilatorio para brindar cuidados a los pacientes. Además, abarca las capacidades de interpretación de signos clínicos y parámetros de monitoreo para la identificación de deterioro respiratorio.(32).	Será evaluado mediante un cuestionario de 3 dimensiones cuyos valores finales son bueno regular y malo	Cuidado directo Cuidado con ventilador mecánico Cuidado con las complicaciones	Confort Oxigenación Aspiración Alarmas Parámetros Modos Ciclo Bioprotección Objetivo Monitoreo Riesgos	Ordinal	Bueno 16 a 20 puntos Regular 12 a 15 puntos Malo 11 a menos
V2 Prácticas de enfermería en ventilación mecánica	conjunto sistematizado de intervenciones a nivel cognitivo, técnico y humano por los profesionales de enfermería que garantizan un óptimo soporte ventilatorio para la preservación de la vida de los pacientes críticos, basados en la evidencia científica y protocolos estándar (36).	Será evaluado mediante una lista de cotejo con 3 dimensiones cuyos valores finales son cumple y no cumple	Antes de la práctica Durante la práctica Después de la práctica	Preparación Verificación Oxigenación Monitoreo Sincronización Aspiración Evaluación Registro Extubación	Nominal	Cumple 15 a 22 puntos No cumple 0 a 14 puntos

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Técnica de la variable 1:

Se hará uso de la técnica de la encuesta, el cual permite el abordaje mediante cuestionarios estructurados de un grupo de individuos respecto a algún tema (46).

Técnica de la variable 2:

La técnica para cada variable será la observación, a través del cual se podrá verificar las prácticas correctas sobre el manejo de la ventilación mecánica (47).

3.7.2 Descripción de instrumentos

Variable 1: Conocimientos cuidado de enfermería en pacientes con insuficiencia respiratoria

La medición se realizará mediante el cuestionario elaborado por Flores(48), en su tesis “factores que influyen en el conocimiento de las enfermeras en el manejo del ventilador mecánico en pacientes con insuficiencia respiratoria en la UCI del hospital E. Rebagliati Martins 2021”.

El instrumento consta de 3 dimensiones: cuidado directo (9 ítems), cuidado del ventilador mecánico (7 ítems) cuidado de las complicaciones (4 ítems).

Cada ítem es calificado mediante ítem es calificado mediante una escala dicotómica 1 punto respuesta correcta y 0 puntos respuesta incorrecta.

Los baremos finales del instrumento son buenos 16 a 20 puntos, regular 12 a 15 puntos, malo 11 a menos puntos.

Variable 2: Práctica manejo de la ventilación mecánica

Se utilizó una ficha de observación elaborado por Navarro(36), en su tesis “Conocimiento y práctica del enfermero en pacientes sometidos a ventilación mecánica en cuidados intensivos de una clínica privada, Lima-2022”.

El instrumento consta de 3 dimensiones: antes de la práctica (11 ítems), durante la práctica (11 ítems) y después de la práctica (2 ítems).

Cada ítem es calificado según una escala dicotómica cumple 1 punto y no cumple 0 puntos.

Los baremos finales del instrumento son cumple 15 a 22 puntos, no cumple 0 a 14 puntos.

3.7.3 Validación

Variable 1:

Se evaluó mediante una validez de juicio de 3 expertos, quienes luego de la evaluación de cada ítem mediante los aspectos de claridad, concisión y coherencia concluyeron que el instrumento es aplicable con una V de Aiken 0,91.

Variable 2:

Se evaluó mediante una validez de juicio de 3 expertos, quienes luego de la evaluación de cada ítem mediante los aspectos de claridad, concisión y coherencia concluyeron que el instrumento es aplicable con una V de Aiken 0,93

3.7.4 Confiabilidad

Variable 1:

El cuestionario pasó por un estudio preliminar con 15 enfermeras. Posterior a ello, se obtuvo un índice de Kuder Richardson 0,777, lo que indica que es confiable.

Variable 2:

Se evaluó la confiabilidad a través de una prueba piloto, obteniendo un índice de Kuder Richardson de 0,96, siendo confiable.

3.8 Plan de recolección de datos

Lograr que se apruebe el proyecto por parte de la Universidad Norbert Wiener será el primer paso para comenzar a recopilar datos para este proyecto. Se harán las coordinaciones de los permisos necesarios para la obtención de información en el hospital III-

Una vez aprobada, se establecerá una coordinación con la coordinación de enfermería para determinar un calendario de aplicación de las herramientas, contando previo con el listado de familiares a evaluar.

Consecutivamente, los datos recopilados se ingresarán en una base de datos en Excel para exportarlos al programa SPSS que permitirá un análisis correlacional. Luego se aplicará una prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, a partir del cual, según el resultado, se aplicará el estadístico de Rho de Spearman (distribución no normal) o prueba de Pearson (distribución normal). Por último, los hallazgos serán presentados en tablas y figuras.

3.9 Aspectos éticos

Principio de Autonomía: los participantes firmarán un consentimiento informado, el cual implica reconocer que cada persona posee una dignidad propia que debe ser respetada, lo que les otorga la capacidad de decidir de forma consciente y responsables sobre su participación. Por ello, cada participante debe tener la posibilidad de ejercer plenamente su libertad para elegir.

Principio de Beneficencia: permite la protección de la muestra de estudio, garantizando su integridad y permitiendo beneficios a la misma. La obligación del investigador de actuar en beneficio de los pacientes sustentado en una serie de normas morales para proteger y defender los derechos de los demás, prevenir daños, eliminar condiciones que los causen, ayudar a las personas con discapacidad y rescatar a las personas en peligro.

Principio de No Maleficencia: el cual garantiza que los pacientes no sufran daños debido a la naturaleza del estudio. Este principio, por lo tanto, prioriza los intereses de la

persona sobre los de la sociedad en general a la hora de exponer activamente a los participantes a riesgos. Esto aplica no solo a los daños físicos, sino también al daño psicológico, al económico o al social.

Principio de Justicia: los enfermeros que serán incluidos serán tratados con respeto, sin generar ninguna forma de discriminación. También es un principio fundamental de equidad que quienes más soportan las cargas más pesadas sean quienes las soportan y que se preste especial atención a los menos favorecidos.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 CRONOGRAMA

La investigación comprenderá su delimitación temporal entre los meses de marzo hasta julio de 2025, durante el cual se recogerá la data para ser procesada.

ACTIVIDADES	2025																			
	MAR				ABR				MAY				JUN				Sep			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problemática	■	■	■	■	■	■														
Información bibliográfica			■	■	■	■	■													
Bases teóricas						■	■	■	■											
Justificación							■	■	■	■										
Objetivo del estudio								■	■	■										
Enfoques y diseños del estudio								■	■	■										
Población, tamaño muestral y muestreo								■	■	■										
Técnica e instrumento para recolectar data										■	■									
Aspecto ético										■	■									

N°	ÍTEMS	COSTO (S/.)
1	Servicio	1500
2	Recursos materiales	312
TOTAL		1812

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kopczyńska M, Sharif B, Pugh R, Otahal I, Havalda P, Groblewski W, et al. Prevalence and outcomes of acute hypoxaemic respiratory failure in wales: The Pandora-Wales study. *J Clin Med* [Internet]. 2020;9(11). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7692809/pdf/jcm-09-03521.pdf>
2. Sterling LH, Fernando SM, Lawler PR, Price S, Fan E, Goligher E, et al. Navigating Hypoxemic Respiratory Failure in Critically Ill Cardiac Patients. *JACC Adv* [Internet]. 2025;4(10). Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/epdf/10.1016/j.jacadv.2025.101616>
3. Yazdannik A, Atashi V, Ghafari S. Performance of ICU nurses in providing respiratory care. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2018;23(3):178-82. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5954637/pdf/IJNMR-23-178.pdf>
4. Hassen KA, Namera MA, Aniley AW, Olani AB, Bedane SG. Knowledge Regarding Mechanical Ventilation and Practice of Ventilatory Care among Nurses Working in Intensive Care Units in Selected Governmental Hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Crit Care Res Pract* [Internet]. 2023;2023(2):1-8. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9940960/pdf/CCRP2023-4977612.pdf>
5. Aziz Z, Kausar S, Zahid S, Farooqi S, Aziz Z. Conocimiento y práctica del paquete de cuidados con respirador para la prevención de la neumonía asociada al respirador por parte de enfermeras de UCI de hospitales de atención terciaria de Lahore. *Apicare* [Internet]. 2020;2(1):2163. Disponible en: <https://www.apicareonline.com/index.php/APIC/article/view/1315/2163>
6. Sanders Hendrix S, Rochani HD. Nurse knowledge and confidence in the care of mechanically ventilated patients in the emergency department. *Hum Factors Healthc*

- [Internet]. 2023;4(January):100052. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.hfh.2023.100052>
7. Granizo-Taboada WT, Jiménez-Jiménez MM, Rodríguez-Díaz JL, Parcon-Bitanga M. Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería sobre prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2020 [citado 16 de agosto de 2024];24(1):54-64. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v24n1/1025-0255-amc-24-01-e6531.pdf>
 8. Méndez M. Conocimientos, Actitudes y prácticas del personal de enfermería sobre medidas de prevención de neumonías Asociadas a La Ventilación Mecánica en unidad de Terapia Intensiva en el Hospital Regional De Coronel Oviedo, 2020. [Internet]. Repositorio UNCA. Universidad Nacional de Caaguazú; 2020. Disponible en: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/handle/123456789/238>
 9. Velasco C. Conocimientos y prácticas del destete de ventilación mecánica del personal de enfermería del Hospital José Cayetano Heredia [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2023. Disponible en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/26311f47-0b33-4051-b4f3-4d27b41e95b8/content>
 10. Cabrera L, Valera D, Sardiñas N, Alfonso I, Medero C. Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo del paciente con ventilación mecánica invasiva. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2024 [citado 2 de junio de 2025];46:1-14. Disponible en:
<https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5477>
 11. Cruzado K. Conocimiento y práctica de la enfermera sobre la valoración del niño con sedoanalgesia sometidos a ventilación mecánica. 2023;93. Disponible en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/68697f73-4bf2-4b03-a88d-d1c8c7ac958d/content>

12. Túquerres C. conocimientos y prácticas de los enfermeros en la UCI sobre la prevención de neumonía asociado a la ventilación mecánica [Internet]. Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2022. Disponible en:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17970/1/UT-MEC-EAC-025-2023.pdf>
13. Cabrera L, Valera D, Sardiñas N, Salabert I, Medero C, Secadas M. Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo del paciente con ventilación mecánica invasiva. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2024 [citado 2 de junio de 2025];46(1):54-77. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v46/1684-1824-rme-46-e5477.pdf>
14. Pérez C, Medina I, Lara B, Quinta A. Conocimientos y habilidades del profesional de enfermería sobre la ventilación no invasiva. *Cienciaabierta* [Internet]. 2024;20:1-5. Disponible en:
<https://revistas.uadec.mx/CienciaCierta/article/view/21?articlesBySimilarityPage=6>
15. Kalyan G, Bibi R, Kaur R, Bhatti R, Kumari R, Rana R, et al. Knowledge and practices of intensive care unit nurses related to prevention of ventilator associated pneumonia in selected intensive care units of a tertiary care centre, India. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2020;25(5):369-75. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7737830/pdf/IJNMR-25-369.pdf>
16. Ziaudeen Z, Jesiah S, Dakshinamoorthi A, Vivekkumar P. "Knowledge, attitude and reporting practices of ventilator-related errors among nursing professionals". *Clin Epidemiol Glob Heal* [Internet]. 2024;29(February):101751. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101751>
17. Tejada AM, Vasquez LR. Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería sobre bioseguridad al cuidar a personas con ventilación mecánica invasiva. [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2024 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible

- en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/13957>
18. Gutierrez R. Conocimientos y prácticas de la enfermera sobre prevención de neumonía por ventilación. 2024; Disponible en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c38fdb0-1ce2-435c-9315-816e2263494a/content>
 19. Condori S. Nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la valoración del paciente con sedoanalgesia en ventilación mecánica del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2023 [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2024. Disponible en:
https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/22281/Condori_Carcas_i_Sharon_Nohely.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Gil K, Barahona J. Conocimientos y prácticas sobre medidas de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Trujillo [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2023 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/14bc5367-20ae-4f67-ab3c-32d3194798fc/content>
 21. Carrión R, Huaraca M. Conocimiento y práctica de cuidado enfermero en ventilación mecánica bajo sedoanalgesia de enfermeros en la UCI de un Hospital de Andahuaylas, 2022 [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2022 [citado 2 de junio de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7914/TESIS-RODAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. Ziaka M, Exadaktylos A. Acute Respiratory Distress Syndrome: Pathophysiological Insights, Subphenotypes, and Clinical Implications—A Comprehensive Review. *J Clin Med* [Internet]. 2025;14(15):1-24. Disponible en:

0383/14/15/5184

23. O'Donnell JM, Nácúl FE. Surgical intensive care medicine, third edition. Surg Intensive Care Med Third Ed [Internet]. 2016;1-912. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7153455/pdf/978-3-319-19668-8_Chapter_24.pdf
24. Bay P, de Prost N. Diagnostic approach in acute hypoxemic respiratory failure. J Intensive Med [Internet]. 2025;5(2):119-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2024.09.003>
25. Lagina M, Valley TS. Diagnosis and Management of Acute Respiratory Failure. Crit Care Clin [Internet]. 2024;40(2):235-53. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10910131/pdf/nihms-1958041.pdf>
26. Scala R, Heunks L. Highlights in acute respiratory failure. Eur Respir Rev [Internet]. 2018;27(147):8-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0008-2018>
27. Walter K. Mechanical Ventilation. JAMA - J Am Med Assoc [Internet]. 2021;326(14):1452. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2784957>
28. Pearson SD, Koyner JL, Patel BK. Management of Respiratory Failure Ventilator Management 101 and Noninvasive Ventilation. Clin J Am Soc Nephrol [Internet]. 2022;17(4):572-80. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8993478/>
29. De La Calle Reviriego B. Ventilación mecánica. Rev Clin Esp [Internet]. 1997 [citado 19 de abril de 2024];197(SUPPL. 4):13-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n2/a06v28n2.pdf>
30. López Herce J, Carrillo A. Ventilación mecánica: indicaciones, modalidades y programación y controles. Cuid intensivos pediátricos [Internet]. 2008 [citado 21 de mayo de 2024];6(6):321-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales->

pediatria-continuada-51-pdf-S1696281808755975

31. Vallejo Zambrano CR, Ávila Meza SA, Rivera Valencia GB, Patiño Beltrán V del C, Cherez Moreira GS, Cobeña Tóala MM. Manejo adecuado de ventiladores mecánicos en la UCI. *Reciamuc* [Internet]. 2019;3(3):1214-26. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/378/391>
32. Mallqui S. Cuidados de enfermería en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda por covid 19, en el servicio de emergencia [Internet]. Tesis de Especialidad. [Lima]: Universidad Cayetano Heredia; [citado 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12946/Cuidados_MallquiBenavente_Sara.pdf?sequence=1
33. Stefani S, Emaliyawati E. Nursing care for respiratory failure in a patient with pulmonary edema and acidosis metabolic. *Muller J Med Sci Res* [Internet]. 2024;15(1):63-7. Disponible en: https://journals.lww.com/mjmr/fulltext/2024/15010/nursing_care_for_respiratory_failure_in_a_patient.11.aspx
34. Williams LM, Sharma S. Ventilator Safety [Internet]. *StatPearls*. 2020. 1-11 p. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30252300>
35. Needs O, Blood M, Levels S. Nursing Care for Patients with Respiratory Failure to Meet Oxygenation Needs and Monitor Blood Sugar Levels. *J Helath* [Internet]. 2025;12(2):316-23. Disponible en: doi: doi.org/10.30590/joh.v12n2.21
36. Navarro C. Conocimiento y práctica del enfermero en pacientes sometidos a ventilación mecánica en cuidados intensivos de una Clínica Privada, Lima-2022 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0b5015c7-e6a3-4eaf-9d0e-4997d33076d8/content>
37. Vásquez A, Díaz S, Alarcón M, Iza A. Cuidados de Enfermería al inicio de

- Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cambios rev méd [Internet]. 2019;2(1):1-11. Disponible en:
<https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/download/558/269?inline=1>
38. Galarza J. Conocimientos sobre los cuidados al paciente con ventilación mecánica en posición prona en enfermeras de la Unidad Cuidados Intensivos de un hospital nacional de Lima, 2023 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2024. Disponible en:
<https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f23fa962-0055-4a5a-824c-7bef0e0c2a14/content>
 39. Fernanda K, Yaranga A. Revista Enfermería Herediana Proceso de atención de enfermería en un paciente con ventilación mecánica crónica Nursing care process in a patient with chronic mechanical ventilation Processo de assistência de enfermagem em um paciente. Rev Médica Hered [Internet]. 2024;17. Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/download/6123/6169?inline=1>
 40. Guven N. The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. Int J Caring Sci [Internet]. 2019;12(2):1279-85. Disponible en: www.internationaljournalofcaringsciences.org
 41. Guía-Yanes MA. Teoría y práctica en el desarrollo de las competencias de enfermería en pediatría. Rev Vive [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 12 de junio de 2024];2(5):84-91. Disponible en:
<http://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/28>
 42. De la Cruz P. El hipotético-deductivismo en la explicación de las ciencias sociales. Horiz la Cienc [Internet]. 2020;10(18):1-8. Disponible en:
<https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2020.18.397%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796306&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796306>
 43. Vidal T. Quantitative approach: taxonomy from the depth level of the search for

- knowledge. Rev Digit Investig LLALLIQ [Internet]. 2022;2(1):06-28. Disponible en: <https://revistas.unasam.edu.pe/index.php/llalliq/article/view/936/997>
44. Castro J, Gómez L, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental. UDISTRITAL [Internet]. 2019;27(75):1-54. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/tecn/v27n75/0123-921X-tecn-27-75-8.pdf>
45. Salkind N. Diseños no experimentales [Internet]. 1.^a ed. SAGE Publications I, editor. Estados Unidos: Enciclopedia de diseño de investigación; 2021 [citado 15 de octubre de 2025]. 1-55 p. Disponible en: <https://doi.org/10.4135/9781412961288>
46. Felix A, Agudo Y, Manas B, Arribas J, Camamero L, Orti M. Investigación Social Mediante Encuestas. España-Madrid: Ramon Areces; 2011.
47. Casas A, Repullo L, Donato C. La encuesta como técnica de investigación: Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). ten Primaria [Internet]. 2003 [citado 10 de octubre de 2025];31(8):527-38. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13047738>
48. Flores C. factores que influyen en el conocimiento de las enfermeras en el manejo del ventilador mecánico en la unidad de cuidados intensivos del hospital Edgardo Rebagliati Martins 2021 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3eb8ba6c-4d60-4319-9bee-7118b7ad9151/content>

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño/metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre el conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre el conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025.</p>	<p>Hipótesis general: Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga y la CV de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos de un Hospital nivel III-1 de Lima, 2025. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga y la CV de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos de un Hospital nivel III-1 de Lima, 2025.</p>	<p>VI Prácticas de enfermería paciente con insuficiencia respiratoria DIMENSIONES: Cuidado directo Cuidado ventilador mecánico Cuidado de las complicaciones</p>	<p>Método: Hipotético-deductivo Enfoque: cuantitativo Tipo: aplicada Diseño: No experimental Transversal Correlacional Población: Estará compuesta por 80 enfermeras de la UCI de un hospital del Perú.</p>
<p>Problemas específicos</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la relación entre la dimensión cuidado directo y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la relación entre la dimensión cuidado con el ventilador mecánico y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuál es la relación entre la dimensión cuidado de las complicaciones y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p><input type="checkbox"/> Identificar la relación entre cuidado directo y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificar la relación entre cuidado con el ventilador mecánico y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificar la relación entre cuidado de las complicaciones y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú.</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p><input type="checkbox"/> Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidado directo y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú.</p> <p><input type="checkbox"/> Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidado con el ventilador mecánico y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú.</p> <p><input type="checkbox"/> Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cuidado de las complicaciones y las prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú.</p>	<p>V 2 Prácticas sobre ventilación mecánica DIMENSIONES: Antes de la práctica Durante la práctica Después de la práctica</p>	<p>Técnica e instrumentos: Encuesta para el primer instrumento y observación para el segundo instrumento Se utilizará un cuestionario y una ficha de observación</p>

Anexo 2. Instrumentos

I.

PRESENTACIÓN:

Es un placer saludarlo. En el marco de mi formación en la segunda especialidad y para el desarrollo de su trabajo de investigación, solicito de forma muy cordial su valioso apoyo para la aplicación de los instrumentos.

II. Datos generales:

Edad:

Sexo:

Tiempo de servicio UCI:

III. Cuestionario conocimientos sobre cuidados pacientes insuficiencia respiratoria

INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una serie de preguntas o ítems, sírvase elegir la respuesta que usted considere apropiada, recuerde no existen respuestas malas o buenas, se agradece su honestidad.

1. Las barreras de protección que utiliza generalmente para el cuidado del paciente sometido a ventilación mecánica (V.M) está dado por:

- Mascarilla y guantes
- Solo guantes
- Mandilón, mascarilla
- Gafas protectoras y mascarillas

2. Los cuidados de Enfermería al paciente en VM se desarrollan para:

- Mantener al paciente ventilando correctamente.
- Garantizar el cumplimiento del tratamiento indicado.
- Conseguir la máxima comodidad física y psíquica del paciente.
- Corregir posturas inadecuadas.

3. La primera necesidad que Ud. valora en un paciente con Ventilación Mecánica es:

- Seguridad
- Alimentación y eliminación
- Oxigenación
- Bienestar Psíquico

4. La Ventilación Mecánica tiene como objetivo:

- Aumentar la función ventilatoria de los músculos inspiratorios
- Generar presión negativa intermitente
- Sustituir la función ventilatoria de los músculos inspiratorios
- Mantener una óptima presión venosa de oxígeno, evitando Barotrauma

5. El parámetro de alarma del Ventilador Mecánico que considera Ud. importante para el cuidado del paciente está dado por:

- Alarma de presión pico o máxima (no mayor de 40 cm H₂O)
- Aviso de Desconexión de circuito eléctrico
- Aviso de fallo de suministro de gases
- Todas las anteriores

6. Dentro de la Monitorización Hemodinámica que se hace al paciente con Ventilación Mecánica es la PVC (Presión Venosa Central) cuyo valor normal es:

- 5-8 cmH₂O
- 8-12 cmH₂O
- 3-5 cmH₂O
- 0-12 cmH₂O

7. Dentro de los parámetros básicos que considera usted importante para programar un Ventilador Mecánico está dado por:

- MODO, Volumen Corriente, FiO₂, Frecuencia Respiratoria, Relación Inspiración/Espiración y Alarmas
- MODO, Volumen Tidal y FiO₂
- Presión, Volumen y Flujo
- PEEP, Flujo, Tiempo, Volumen Tidal y Alarmas

8. Las complicaciones más frecuentes que podrían estar asociadas a la ventilación mecánica son:

- Aumento del gasto cardiaco
- Acidosis respiratoria
- Barotrauma y aumento de trabajo respiratorio
- Hipertensión arterial

9. Sobre las actuaciones de enfermería en la prevención de la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica, marque Ud. lo correcto:

- Ventilación manual con Ambú y/o Oxígeno al 100%
- Mantener incorporado al paciente en posición semisentada.
- Aspirar cavidad oral y mantenerla limpia.
- Todas las anteriores

10. Marque lo correcto:

- Después de intubar al paciente puede presentar taquicardia por estimulación del nervio vago.
- El aumento de la temperatura condiciona una mayor demanda de O₂.
- La fracción inspiratoria de oxígeno se ajusta desde una proporción del 21 al 80%.
- El oxígeno en altas concentraciones puede ser beneficioso para el paciente.

11. La aspiración de secreciones a través del T.E.T (Tubo Endotraqueal) en un paciente sometido a V.M, tiene como objetivo principal:

- Permitir el intercambio gaseoso a nivel alveolo capilar.
- Disminuir los ruidos agregados en ambos campos pulmonares.
- Eliminar del árbol traqueo bronquial las secreciones acumuladas.
- Disminuir las secreciones de la tráquea.

12. Los signos y síntomas que indica la necesidad de aspiración de secreciones por T.E.T en el paciente sometido a V.M. Marque lo incorrecto:

- Activación de la alarma en el V.M indicando aumento de la Presión Inspiratoria Máxima (PIP)
- Hipertensión arterial
- Presencia de secreciones por T.E.T

- Aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca.

13. La aspiración de secreciones en pacientes entubados y sometidos a V.M debe realizarse:

- Cada veinticuatro horas
- Una vez por turno
- Cada dos horas
- Cada vez que sea necesario

14. El cambio de posición del T.E.T a la comisura opuesta del labio, en un paciente sometido a Ventilación Mecánica debe realizarse:

- Cada dos horas
- Cada veinticuatro horas
- En cada cambio de turno
- Cada 6 horas

15. La complicación más frecuente durante la aspiración de secreciones por TET, en un paciente sometido a VM está dado por: Marque lo incorrecto

- Arritmias
- Hipotensión
- Hipoxia
- Dolor torácico

16. El número que Ud. verifica para cerciorarse de la correcta posición del TET en la cavidad oral, en un paciente con VM es:

- 19
- 20
- 21
- 22

17. En el ciclo ventilatorio del respirador se distingue tres fases: insuflación, meseta y deflación. Durante la fase de MESETA:

- El aparato genera un volumen de gas determinado y lo distribuye en los pulmones.
- La presión decrece hasta llegar a cero.

- El gas introducido en el pulmón es mantenido en él, por un tiempo, para homogenizar su distribución en los alveolos.
- Genera una presión sobre un volumen de gas determinado y lo moviliza insuflándolo en los pulmones.

18. En un MODO de ventilación mecánica ciclado por volumen, donde el ventilador sin tener en cuenta el esfuerzo del paciente, aporta un número predeterminado de respiraciones:

- Ventilación Asistida Controlada (A/C MV)
- PEEP
- Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada (SIMV)
- Ventilación Mandatoria Controlada (CMV)

19. Para evitar efecto toxico del oxígeno, al iniciar la VM se debe programar el FiO₂ al 100%, durante más o menos:

- 5 minutos
- 20 minutos
- 60 minutos
- 120 minutos

20. Para evitar el riesgo de barotrauma, la Presión Inspiratoria Máxima (PIM) que genera el ventilador debe ser:

- Mayor de 40 cm H₂O
- Menor de 40 cm H₂O
- Menor de 60 cm H₂O
- Mayor de 20 cm H₂O

Dimensiones	Ítems
Cuidado directo al paciente	2,3,9,11,12,13,14,15,16
Cuidado con el ventilador mecánico	5,7,10,17,18,19,20,
Cuidado con las complicaciones	1,4,6,8

IV. Cuestionario prácticas sobre ventilación mecánica

Nº	Ítems	Cumple	No cumple	Observaciones
	Antes de la práctica			
1	Preparación del paciente.			
2	Preparación de material y equipo.			
3	Funcionamiento del equipo de aspiración			
4	Verificación del correcto			
5	Funcionamiento de los equipos.			
6	Ventilador, bombas infusoras.			
7	Verificación de los fármacos a utilizar			
8	Valoración del patrón respiratorio.			
9	Materiales estériles.			
10	Medidas de bioseguridad.			
11	Lavado de manos.			
	Durante la práctica			
12	Monitorización del paciente.			
13	Hiperóxigena al paciente.			
14	Medidas de asepsia.			
15	Higiene del paciente.			
16	Preparación correcta de los fármacos			
17	Registro de la valoración de la sedación - escala de RASS, en forma frecuente			
18	Tiempo de aspiración.			
19	Aspiración nasofaríngea			
20	Eliminación de residuos sólidos.			
21	Posición adecuada del paciente.			
22	Lavado de manos después del procedimiento			
	Después de la práctica			
23	Evaluación del estado de conciencia			
24	Registro en historia clínica			

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Lic. Valentin Luna, Anyolina Edith

Título:

“Conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025”

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: **“Conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025”**. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener. El propósito de este estudio es determinar la relación entre **Conocimiento sobre el cuidado de pacientes con insuficiencia respiratoria y prácticas de enfermería en ventilación mecánica invasiva en un hospital del Perú, 2025**. Su ejecución ayudará a/permitirá Optar El Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

Una evaluación integral con instrumentos validados.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 45 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados del estudio se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos.

Su participación en el estudio Su participación en el estudio no conlleva riesgos significativos para usted.

Beneficios

Usted se beneficiará directamente al obtener una evaluación, lo cual le permitirá conocer su situación actual en estas áreas clave. En caso de identificarse algún indicador que requiera atención, se le brindará orientación sobre las acciones a seguir y se recomendará el acceso a servicios especializados si fuese necesario.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** cel: 925692293 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante
Nombres:
DNI:

Investigador
Nombres:
DNI:
42567173




13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	6%
2	Internet	core.ac.uk	<1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-09-25	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Anahuac México Sur on 2024-04-02	<1%
5	Trabajos entregados	uwiener on 2024-04-13	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-09	<1%
7	Internet	repositorio.upsc.edu.pe	<1%
8	Internet	www.researchgate.net	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-07	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-03	<1%
11	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%